



Fase: Collaudo	ID: 1	R.U.P. FRANCESCO MAZZOLI
Tipo di contratto: Forniture	Settore Ordinario	Tel:
Numero contratto: 155336	e-mail: f.mazzoli@asst-valcamonica.it	

## Oggetto dell'appalto

Adesione a convenzione Consip per la fornitura del servizio sostitutivo di mensa mediante buoni pasto elettronici, lotto 1, dec.312/2018.

**1 DATI GENERALI**

1.1 Codice di individuazione dell'appalto (CIG)	74046140C7
1.2 Data del collaudo statico	
1.3 Data del certificato di regolare esecuzione	
1.4 Modalita' del collaudo tecnico amministrativo	Collaudo finale
1.5 Data nomina collaudatore/commissione	01-06-2018
1.6 Data inizio operazioni di collaudo	31-05-2021
1.7 Data redazione certificato di collaudo	02-03-2022
1.8 Data delibera di ammissibilita' del collaudo	
1.9 Esito del collaudo	Positivo

**2 IMPORTI**

2.10 Importo finale componente lavori in euro	
2.11 Importo finale componente servizi in euro	
2.12 Importo finale componente forniture in euro	395.809,35
2.13 Sub Totale (10 + 11 + 12)	395.809,35
2.14 Importo finale per l'attuazione della sicurezza	0,00
2.15 Importo progettazione	0,00
2.16 Importo finale complessivo dell'appalto (13 + 14 +	395.809,35
2.17 Totale 'somme a disposizione' effettivamente	15.832,34
2.18 Importo a consuntivo dell'intervento (16 + 17)	411.641,69
2.18bis Lavori annuali estesi a piu' esercizi	S

3 CONTENZIOSO	
Riserve definite o da definire In via transattiva	0
Riserve definite o da definire In via giudiziale	0
Riserve definite o da definire In via arbitrale	0
Riserve definite o da definire In via amministrativa in sede di	0
3.26 Numero totale riserve avanzate	0
3.27 Numero totale riserve definite	0
3.28 Importo totale contenzioso risolto	0,00

#### 4 COMUNICAZIONI

Variazione Anagrafica 1	
Cod. fis. Impresa	00802800151
Denominazione Impresa	EDENRED ITALIA S.R.L.
Nazione	
Avval. per Req.	No
Avval. per Att.	No
Cod. fis. ditta ausiliaria	
Tipologia soggetto	Impresa singola (imprenditori)
Ruolo	
Data variazione	23-05-2018
Tipo Variazione	Aggiunto

5 INCARICHI	
Soggetto Incaricato 1	
Codice fiscale	GHZLBT88C45E205R
Denominazione	ELISABETTA GHEZA
Ruolo	Redattore del certificato o attestato di
Indirizzo	VIA PIANA 9
Telefono	0364329349
Fax	
Email	ELISABETTA.GHEZA@ASST-

Data invio

IL RESPONSABILE .....

6 NOTE

Note	
------	--

Data invio

IL RESPONSABILE .....